

УДК 616-393-079.89

СИНДРОМ МАЛЬНУТРИЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

¹Милютина Е.В., ¹Барабанщиков А.А., ¹Брытков О.Ю., ²Малышева И.О., ²Дудкин Е.Н.,
²Сергеев О.С.

¹ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород.

²ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода»

Увеличение продолжительности жизни человека закономерно приводит к росту заболеваний и состояний, которые требуют специфических средств и методов лечения, реабилитации и компенсаций утраченных функций. Так синдром мальнутриции встречается у 25 % людей пожилого возраста и 65 % пациентов старческого возраста. Основными проблемами геронтологических пациентов с хирургической патологией является: коморбидность, высокий риск тромботических и тромбоэмболических осложнений, поздняя госпитализация. Опасность синдрома мальнутриции заключается в том, что наступает зависимость у лиц пожилого и старческого возраста от постоянно посторонней помощи, а также способствует присоединению других гериатрических синдромов. При недостаточном поступлении пищевых компонентов происходят нарушения в обменных процессах, приводящее к функциональным и органическим нарушениям различных систем организма у пациентов пожилого и старческого возраста [1]. У хирургических больных, синдром мальнутриции может выступать предиктором и независимым фактором риска неблагоприятного результата оперативного лечения пациентов.

Ключевые слова: синдром мальнутриции, пожилой и старческий возраст, хирургические больные, обменные процессы, коморбидность.

MALNUTRITION SYNDROME IN ELDERLY AND SENILE SURGICAL PATIENTS

¹Miliutina E.V., ¹Barabanshchikov A.A., ¹Brytkov O.Y., ²Malysheva I.O., ²Dudkin E.N.,
²Sergeev O.S.

¹Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «Belgorod National Research University», Belgorod.

²OGBUZ "City Hospital No. 2 of Belgorod"

An increase in human life expectancy naturally leads to an increase in diseases and conditions that require specific means and methods of treatment, rehabilitation and compensation for lost functions. Thus, the malnutrition syndrome occurs in 25% of elderly people and 65% of senile patients. The main problems of gerontological patients with surgical pathology are: comorbidity, high risk of thrombotic and thromboembolic complications, late hospitalization. The danger of malnutrition syndrome lies in the fact that elderly and senile people become dependent on constant outside help, and also contributes to the addition of other geriatric syndromes. With insufficient intake of food components, disturbances in metabolic processes occur, leading to functional and organic disorders of various body systems in elderly and senile patients. In surgical patients, malnutrition syndrome can act as a predictor and an independent risk factor for an unfavorable outcome of surgical treatment of patients.

Key words: malnutrition syndrome, elderly and senile age, surgical patients, metabolic processes, comorbidity.

Введение.

Актуальность.

Синдром мальнутриции или недостаточности питания является одним из ключевых понятий современной гериатрии и обозначает постепенное снижение массы тела не более

чем на 10% на протяжении 6 месяцев при отсутствии сопутствующей соматической, неврологической или онкологической патологии [2]. Сниженный статус питания выявляется у 80% людей пожилого и старческого возраста, госпитализируемых в связи с разными заболеваниями, причем не менее чем у 3–4% пациентов именно недостаточность питания приводит к смертельному исходу. Согласно мировой статистике, частота синдрома мальнутриции составляет от 30 до 50%, и особенно это характерно для пациентов хирургического стационара, что отрицательно влияет на результаты лечения [3]. Современное состояние здоровья населения Российской Федерации характеризуется отрицательным естественным приростом, высокими уровнями инвалидности и смертности. С возрастом доля лиц, страдающих хроническими патологиями, значительно возрастает по сравнению с пациентами среднего возраста.

Проблемы питания у пациентов пожилого и старческого возраста обусловлены главным образом нездоровыми пищевыми привычками. В рационе чаще всего преобладает пища, содержащая жиры животного происхождения; потребляется значительно больше мяса, чем рыбы; допускается излишнее потребление углеводсодержащей пищи, а также ограничен прием овощей и фруктов. Так лечение синдрома мальнутриции и его профилактики у пациентов пожилого и старческого возраста необходима организация оптимального сбалансированного рациона с формированием правильного режима питания и правильных пищевых привычек, соблюдение оптимального соотношения в суточном рационе белков, жиров и углеводов, дополнительный прием витаминов и минеральных элементов. Но если этого недостаточно, то добавлять специализированные питательные смеси [4].

У пациентов пожилого и старческого возраста выявление и своевременная коррекция недостаточности питания играет особенно важную роль, так как это может приводить к развитию или прогрессированию гериатрических синдромов, таких как старческая астения, саркопения, падения, пролежни, депрессия, снижение когнитивных функций и многие другие. Также у пациентов пожилого и старческого возраста выявляется ограничение адаптационных возможностей, снижаются процессы обмена веществ и функций организма, которые полностью не могут компенсироваться приспособительными механизмами. Немало пациентов с психическими нарушениями, расстройствами зрения и глотания. Функциональные изменения органов пищеварения проявляются снижением активности секреторного аппарата различных отделов желудочно-кишечного тракта, что приводит к ухудшению всасывания питательных веществ. А снижение моторной функции кишечника ведет к запорам. Побочные действия определенных лекарственных средств, которые

пациенты пожилого и старческого возраста принимают ежедневно, также могут способствовать развитию синдрома мальнутриции.

У пациентов пожилого и старческого возраста приспособительная реакция на операционную травму по сравнению с людьми более молодых возрастов значительно снижена, поэтому у лиц старших возрастных групп чаще проявляется целый ряд заболеваний, вынуждающих к сложному и травматичному хирургическому вмешательству. Тактика предоперационного и послеоперационного ведения пожилого и старческого больного определяется соматическим, психологическим состоянием пациента и состоянием его физиологических резервов. Клиническая оценка характерных для старших возрастных групп синдромов составляет важнейшее условие благополучного исхода оперативного вмешательства. Поэтому в комплексном лечении послеоперационного периода пациентов необходима адекватная нутритивная поддержка независимо от трофического статуса пациентов пожилого и старческого возраста до начала лечения.

По данным статистики, пациентам старше 65 лет в четыре раза чаще требуется оперативное лечение, а, следовательно, растет необходимость и в увеличении объема гериатрической помощи. Учитывая наличие множества сопутствующих заболеваний, снижение физиологических функций, нарастание комплекса гериатрических синдромов у пациентов пожилого и старческого возраста, становится актуальным вопрос оценки состояния в периоперационном периоде, а также методов профилактики послеоперационных осложнений у этой группы пациентов с синдромом мальнутриции.

Цель исследования: изучить имеющиеся публикации, опубликованные в базах данных Scopus, E-library, PubMed по данной теме.

Материал и методы исследования: поиск литературы проводился с использованием электронных баз данных Scopus, E-library, PubMed за период с 2013 по 2021 годы. В базе данных поисковые запросы были сформулированы следующим образом: malnutrition syndrome (синдром мальнутриции), nutritional deficiency (недостаточность питания), malnutria syndrome and surgical treatment (синдром мальнутриции и оперативное лечение).

Результаты исследования и их обсуждение:

В настоящее время происходит прогрессивное старение населения. Если в 2000 г. во всем мире число лиц старше 60 лет составляло 600 млн., то к 2025 г. ожидаемое количество пожилых людей будет 1,2 млрд, а к 2050 г. – 2 млрд человек. Известно, что определяющим

фактором среды, существенным образом влияющим на здоровье и долголетие лиц пожилого и старческого возраста, предупреждающим риск развития целого ряда хронических заболеваний и снижения функционального состояния органов и тканей, является рациональное, адекватное возрасту питание. По мнению ряда исследователей, именно питание является фактором внешней среды, звеном, тесно связанным с внутренней средой организма человека, напрямую оказывающим влияние на его здоровье, и практически является средством, пролонгирующим среднюю продолжительность жизни на 25-40% [12].

В последние десятилетия развивается новое направление в ведении периоперационного периода пациентов – так называемая хирургия быстрого выздоровления. Ключевыми элементами являются ограничение предоперационного голодания, постановка назогастральных зондов, раннее начало энтерального питания и мобилизации. Это позволяет ускорить выздоровление, способствует раннему восстановлению кишечной моторики, снижению уровня послеоперационных осложнений и уменьшению пребывания больных в стационаре. Мобилизация, начатая в день операции, способствует активации перистальтики, уменьшению слабости и потери мышечной массы. Уменьшение объема внутривенных инфузий и увеличение энтерального потребления жидкости и питательных веществ ускоряет выздоровление и снижает вероятность поступления большого или малого количества жидкости и появления связанных с этим послеоперационных осложнений.

Пациенты пожилого и старческого возраста чаще подвержены риску недостаточности питания из-за особенностей рациона, экономических, психологических и физиологических факторов. Синдром мальнутриции наблюдается у 39 – 47 % госпитализированных пациентов в хирургический стационар. Для оценки статуса питания применяются шкалы оценки питания (Mini-Nutritional Assessment, MNA), для определения недостаточности питания или рисков развития. Шкала MNA учитывает пищевой рацион, мобильность пациента, индекс массы тела, динамику снижения массы тела, острые заболевания, деменцию.

Также для расчета необходимого количества энергетических и пластических потребностей используется программа для смартфона и планшета «Оптимизация питания пациентов с синдромом нарушения питания. Расчет энергопотребности и необходимого количества пластического материала (белка, жира, углеводов) в рассматриваемой программе основаны на формуле Харриса-Бенедикта, которая учитывает пол, возраст, фактор активности, наличие дефицита массы тела или избыточной массы тела [11].

Серьезную потерю аппетита отмечают 14,7 % пациентов, умеренную – 47,1 %, отсутствие изменений аппетита – 38,2 %; потерю веса более 3 кг за последний месяц выявляют 8,8 %,

потерю 1-3 кг – 29,5%, не контролировали свой вес 38,2%, стабильную массу тела отмечают 23,5%. Первая часть опросника показала, что риск развития мальнутриции имеет 70,6 % опрошенных.

Вторая часть опроса показала, что 38,2 % пациентов считают свое питание недостаточным, 8,8 % имеют проблемы питания, а 53% назвали свое питание полноценным. Один раз в сутки сытную пищу употребляют 12,5 % анкетированных, 2 раза – 41,8 %, 3 раза и более – 45,8 %. Применяю до трех лекарственных препаратов 25 % опрошенных, от 3 до 5 – 41,7 %, более 5 – 33,3 %. В результате проведенного опроса было выявлено, что синдром мальнутриции имеет 11,8%, риск развития – 50% опрошенных.

В повседневной практике зачастую наблюдается недооценка важнейших положений о необходимости своевременной нутритивной поддержки пациентов в послеоперационном периоде, хотя временное голодание не приносит существенного вреда [5]. Только после развития осложнений, связанных с невозможностью перорального приема пищи, начинаются применяться меры по коррекции питания. Из-за этого часто возникают определенные трудности для обеспечения энтерального доступа, определения состава и объема вводимых нутриентов. Промедление с началом энтерального питания представляет угрозу синдрома кишечной недостаточности и здоровью и жизни пациентов пожилого и старческого возраста [6]. По последним данным, среди пациентов пожилого возраста, которым проводится хирургическое вмешательство, частота недержания мочи составляет 29 %, пролежней – 3 %, нутритивной недостаточности – 37 %, депрессии – 32 %, падений – 6 % [7].

Среди пациентов пожилого и старческого возраста у многих были операции, при которых имеется повышенный риск развития синдрома острой кишечной недостаточности, чаще, при объемных реконструктивных вмешательствах, а также вследствие гипотрофии в результате хронического течения основных заболеваний. Начиная с 3 дня, в рацион питания вводятся водные смеси на основе натуральных продуктов: мясной бульон, кисель, отвар сухофруктов. Через 4 суток пациентам разрешается пить. Внутривенные вливания сводятся к минимуму, объем их определяется наличием сопутствующей патологии, водно - электролитных нарушений, переходом на пероральное питание. В среднем энтеральное питание продолжалось 6 дней, до перевода пациентов пожилого и старческого возраста на естественное кормление в полном объеме [8].

Благодаря применению нутритивной поддержки у пациентов пожилого и старческого возраста с моторно-эвакуаторными нарушениями не потребовались повторные операции и продолжительность лечения в среднем составила 20 суток. В результате лечения пациентов

с осложненным послеоперационным периодом существенной динамики трофического статуса не наступило, большинство больных остались с исходными показателями нарушения питания. Увеличение степени гипотрофии отмечено у 8,3 % пожилого возраста. Поэтому, своевременно начатое энтеральное зондовое питание является ведущим компонентом в лечении послеоперационных осложнений связанных с нарушением моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Внутрикшечное введение питательных смесей и жидкости обеспечивает функциональную нагрузку для энтероцитов, их питание и целостность слизистого барьера, что приводит к быстрому восстановлению клеточного и гуморального иммунитета [9].

Расчитав ежедневный рацион пациента пожилого и старческого возраста, можно увеличить его калорийность и поступление белка путем добавления к стандартному питанию нутритивных смесей, что повышает эффективность лечения синдрома мальнутриции. При невозможности ежедневного подсчета калорийности принимаемой пищи на 3 месяца назначают прием нутритивных смесей 1 раз в сутки как дополнение к обычному рациону. Их отмена возможна после оценки нутритивного статуса больного [10].

Синдром мальнутриции или риск его развития отмечаются у 79,3% пациентов старческого возраста и ассоциированы с такими состояниями, как злокачественные заболевания, депрессивный синдром, стоматологические проблемы, снижение способности к самообслуживанию и когнитивный дефицит. Однако у пациентов, проживающих с семьей, когнитивный дефицит и зависимость от посторонней помощи не приводят к значимому повышению риска недостаточности питания благодаря соблюдению режима питания. Высокая распространенность синдрома мальнутриции и риска его развития указывают на важность оценки нутритивного статуса гериатрических пациентов для разработки мер медицинской и социальной поддержки.

Заключение.

По данным исследования можно сделать заключение, что синдром мальнутриции встречается у каждого 10 пациента старше 65 лет, а каждый 2 находится в зоне риска его возникновения.

Рацион многих пациентов пожилого и особенно старческого возраста не сбалансирован. Поэтому его коррекция, добавление в рацион питательных аминокислотных и пептидно-витаминных смесей, адекватный водный режим, проведение санации полости рта, что обеспечит большую доступность пищи и качество ее измельчения, лечение патологии желудочно-кишечного тракта, когнитивных изменений, информированность ближайшего

окружения будет способствовать снижению недостаточности питания, что позволит повысить качество жизни и продлить активное долголетие.

Тактика предоперационного и послеоперационного ведения пожилого и старческого больного определяется соматическим, психологическим состоянием пациента и состоянием его физиологических резервов.

Список литературы:

1. Остапенко В.С. Распространенность и структура гериатрических синдромов у пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений г. Москвы: автореф. дис. ..канд. мед. наук / В.С. Остапенко. М., 2017. 157 с.
2. Ильницкий А.Н., Гизатулина Л.А., Прощаев К.И. Синдром преждевременного старения в клинической практике.- М.: ИПК ФМБА, 2015.- 67 с.
3. Богат С.В., Горелик С.Г. Снижение массы тела у пожилых больных. Медицинская сестра. 2016; 4: 37–9.
4. Горелик С.Г., Юрикова Е.В. Использование функциональных продуктов в питании людей пожилого возраста с заболеваниями ЖКТ. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья: научно-практический журнал. Воронеж: ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, 2017; 67: 49–53.
5. Николенко А.В., Николенко В.В. Коррекция белково нутритивной недостаточности в послеоперационном периоде у больных хирургического профиля. Актуальные вопросы медицины. Инновационные технологии в хирургии. – Пермь, 2018, С. 111–113.
6. Луфт В.М. Энтеральное питание больных в неотложной медицине: СПб.: Фирма «Стикс», 2015. – 149 с.
7. Сусоева А.В., Ильницкий А.Н., Горелик С.Г., Гурко Г.И. Современное состояние организации рационального питания при реабилитации гериатрических пациентов хирургического профиля. Клиническая геронтология. 2018. Т. 24. № 5-6. С. 39-45.
8. Clegg A. et al. Frailty in elderly people. The Lancet. 2013 Mar; 381(9868):752–62.
9. Elke G., van Zanten A.R., Lemieux M., et al. Enteral versus parenteral nutrition in critically ill patients: an updated systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. Critical Care. 2016, vol. 20, no.1. p. 117.
10. Abunnaja S., CuvIELLO A., Sanchez J.A. Enteral and parenteral nutrition in the perioperative period. State of the art nutrients 2015, vol.5 no. 2, pp. 608–623.

11. Gorelik S.G., Lutsenko V.D., Prashchayeu K.I., Tatyanyenko T.N. The Effect of a Frailty Management Program on the Rehabilitation of Elderly Patients after Surgical Treatment. Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. 2015; 6 (4): 183–7.

12. Горелик С.Г., Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Бочарова К.А., Андреенков В.С. Программа для ЭВМ «Оптимизация питания пациентов с синдромом нарушения питания». Свидетельство государственной регистрации программы № 2016614483.

13. Досмагамбетова Р.С., Терехин С.П., Ахметова С.В. К вопросу о здоровом питании в пожилом и старческом возрасте // Медицина и экология. — 2017. — № 3. — С. 32.